

Francis Megerlin

Docteur en droit, enseignant aux universités d'Orléans et de Paris-V  
Membre de la Commission assurance qualité du CCA\*

# L'acte pharmaceutique

## Réflexions juridiques pour une refondation intellectuelle et éthique

*Cet article reprend les analyses de l'auteur exposées dans de précédentes publications, et développées lors de conférences relatives à l'« opinion pharmaceutique », instrument d'assurance qualité dont l'acte pharmaceutique est le fondement juridique<sup>(1)</sup>.*

L'expression « acte pharmaceutique » est souvent employée, souvent critiquée, sans que son sens et sa portée juridiques soient clairement établis<sup>(2)</sup>. S'il fallait en croire le débat public, le désintérêt de la doctrine et une simple approche stratigraphique des textes, l'« acte pharmaceutique » contemporain relèverait plutôt du fantasme.

Mais l'analyse transversale du Code de santé publique et de la jurisprudence nous a permis de conceptualiser l'acte pharmaceutique, d'affirmer la rationalité de la notion, et la légitimité de son emploi. Or, cette notion constitue une

clef de compréhension des textes, et un prisme de lecture inédit au service de la prospective : elle invite en effet à un profond renouvellement de la réflexion sur l'avenir de la pharmacie, et sur l'organisation de notre système de santé, au-delà même de l'échelle nationale.

Après une introduction montrant l'ambiguïté des termes classiques du débat, on exposera – ici de façon pratique – la notion et le régime juridiques de l'acte pharmaceutique, tout en esquissant quelques pistes de réflexion interdisciplinaire.

### ***L'acte pharmaceutique, fondement historique du monopole***

La fabrication du médicament est une activité dangereuse. Historiquement, cela a justifié l'institution du monopole de l'apothicaire, puis son maintien, lorsque le grand Turgot entendit soulager l'économie française de sa paralysie par les corporations : le monopole

trouve alors un fondement rationnel incontestable, d'ordre scientifique et non idéologique<sup>(3)</sup>.

Pour cette raison, médicament et monopole ont longtemps été considérés de façon consubstantielle ; en témoigne, encore en 1941, la première définition légale du médicament. Mais en 1959, ils reçoivent des définitions juridiques distinctes<sup>(4)</sup>.

L'industrialisation de la fabrication du médicament a en effet conduit à dissocier les activités, et donc les concepts. A l'officine, l'acte pharmaceutique a progressivement changé de nature : de la fabrication à la dispensation du médicament.

1. F. Megerlin, « L'autonomie de l'acte pharmaceutique. Vers une réforme du Code de déontologie ? », *Rev. dr. san. soc.* 2000, 746 ; « L'opinion pharmaceutique. Une révolution à l'officine », *Rev. dr. san. soc.* 1998, 665 ; pour partie reproduit sous le titre « De la sécurité à l'expertise du soin ? », in *Bull. Ordre pharm.* 1999, 465, etc.

2. Les textes évoquent bien un « acte pharmaceutique », et l'« acte de dispensation du médicament », mais sans en établir la consistance exacte, ni le régime juridique.

3. V. C. Maurain et M. Bélanger, « Le droit pharmaceutique », et E. Fouassier, « La notion de base du droit pharmaceutique : le médicament », *Droit pharmaceutique*, Litec 2000.

4. Loi du 11 sept. 1941 (ancien article L. 511) puis ordonnance du 4 février 1959 (modifiant l'ancien article L. 511 et introduisant l'ancien article L. 512).

\* La réflexion est personnelle (megerlinf@hotmail.com) et n'engage aucunement les Commissions dont l'auteur fait partie.

## ***L'évanescence de l'acte pharmaceutique originel***

Mais à quoi sert le pharmacien d'officine ? le doute s'instille lentement quant à la nature de son activité, et il grandit rapidement, au gré de sa marginalisation (matérielle, puis légale) dans la fabrication du médicament<sup>(5)</sup>.

Dès lors, frappé par l'évanescence de l'acte pharmaceutique originel, progressivement dépourvu de justification rationnelle *objective*, le monopole « *de compétence* » du pharmacien d'officine se trouve systématiquement attaqué sur le plan théorique, et lentement rogné sur le plan pratique.

## ***L'attention concentrée sur la notion juridique de médicament***

Toute l'attention n'en demeure pas moins concentrée sur la notion juridique de médicament, à la base du droit pharmaceutique : elle trace en effet les contours du monopole, et en protège la substance. Dès lors, la qualification de « *médicament* » cristallise la pensée doctrinale, les intérêts professionnels et la réflexion stratégique.

Mais si elle détermine l'étendue du monopole, la notion juridique de médicament est impuissante à en établir le fondement. Or, pour les raisons techniques et légales relevées, ce fondement ne va plus de soi.

Certes, on souligne bien que le pharmacien d'officine tient aujourd'hui un rôle majeur dans la protection de la santé publique, au travers essentiellement d'une fonction de contrôle de la demande de médicaments (prescrits ou conseillés).

Mais les polémiques sont à ce sujet parfois violentes<sup>(6)</sup>, et tous les acteurs du système prétendent concourir à la protection de la santé publique, laquelle

fait presque figure d'alibi<sup>(7)</sup>. En outre, la pharmacie d'officine semble parfois se chercher une raison sociale : on voit des services développés en couronne, autour d'un centre d'activités apparemment énucléé.

Enfin et surtout, un vocabulaire emprunté au commerce s'est immiscé au sein même de la partie législative du Code de santé publique.

## ***La confusion sémantique dispensation/distribution***

Si le Code de santé publique est clair dans la distinction de la fabrication et de la distribution du médicament, il nous paraît en effet confus, dans la distinction des notions de distribution et de dispensation : elles y sont presque assimilées ! Or cela met en question le sens et la portée de l'article L. 4211-1 (ex L. 512), qui institue le monopole, en réservant la « *dispensation* » au pharmacien.

La confusion est ainsi patente dans la partie législative du Code. Dans sa Ve partie, au sein du livre 1<sup>er</sup> « *produits pharmaceutiques* », figurent un chapitre V intitulé « *fabrication et distribution en gros* », puis un chapitre V, intitulé « *distribution au détail* »... La pharmacie d'officine y est définie, par l'article L. 5125-1, comme « *l'établissement affecté à la dispensation au détail des médicaments* »...

La confusion semble aussi présente dans la partie réglementaire du Code, où figure la définition de la dispensation. L'article R. 5015-48 définit certes la dispensation comme un processus spécifique d'analyse, de préparation et de conseil. Mais sa formulation laisse à penser au néophyte que la délivrance des médicaments est la conclusion nécessaire du processus<sup>(8)</sup>, comme si toute demande avait vocation à être littéralement satisfaite.

7. J. Ménard, « *La santé publique : alibi ou bien partagé ?* », *Bull. Ordre Pharm.* n° 369 déc. 2000, 439.

8. L'article R. 5015-48 dispose que « *Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance : 1. L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance ; 2. (etc.)* » (souligné par nous). Pour l'analyse de la notion, v. « *L'autonomie de l'acte pharmaceutique* » préc. 749 et s.

Ce ne sont là que des articles emblématiques, parmi maints autres exemples. Or, la confusion des notions témoigne *a priori* d'une absence d'autonomie (juridique, professionnelle, éthique) de la réflexion sur ce point.

En toute matière livrée au débat public, la conséquence logique en est inéluctable : la condamnation intellectuelle – et donc la suppression légale – de l'exception injustifiée au droit commun.

## ***La pharmacie d'officine, victime des apparences ?***

Malgré la profondeur de sa déontologie, l'activité de la pharmacie d'officine se trouve en effet souvent réduite à un *service sanitaire dominé par une apparence commerciale*. Les bénéficiaires et tous les acteurs du système de santé sont, dès lors, pris dans un cercle vicieux : celui-ci est tracé par les techniques de promotion du médicament, par la physionomie de l'officine et par le mode de rémunération du pharmacien, par le comportement de certains malades et de certains praticiens. Ce cercle borne, passionne et obscurcit un débat rendu pressant et difficile, par les problèmes de financement et d'organisation de notre système de santé.

Dans ce débat, on exalte certes l'importance sociale et sanitaire de la pharmacie d'officine (approvisionnement, contrôle, conseil, pédagogie, prévention, recueil, alerte, etc.) ; et c'est légitimement qu'elle prétend s'appuyer tant sur la qualité de ses compétences scientifiques, que sur la qualité de son maillage géographique.

Mais en raison de tout ce qui précède, le juriste pressé et les observateurs toujours plus critiques voient mal ce qui peut justifier l'exercice libéral, personnel et monopolistique de l'activité. Son intervention résiduelle, sa dérive commerciale, sa subordination apparente privent en outre le pharmacien d'une autorité scientifique qui, en toute logique, revient au décideur final du soin ; cela, quand bien même le débat juridique sur la substitution aura rappelé l'essence des rôles respectifs des professionnels de santé<sup>(9)</sup>.

9. (Le médecin ne « *choisit* » pas une « *marque* », il prescrit une molécule ; le pharmacien ne « *vend* » pas un « *produit* », il dispense un médicament).

5. Ainsi, la loi n° 80-512 du 7 juill. 1980 (dite loi Talon) prévoyant l'interdiction du déconditionnement des spécialités inscrites au tableau des substances vénéneuses en vue de leur incorporation dans une préparation magistrale (article L. 1342 -3), etc.

6. « *Quatre-vingt pour cent des pharmaciens ne contrôlent pas les ordonnances* », UFC-Que choisir ? sept. 1995.

Or, si le droit communautaire de la concurrence ne réclame pas une justification approfondie des monopoles nationaux (dès lors que ceux-ci ne possèdent pas d'effets discriminants), cette justification s'impose aujourd'hui de plus en plus au plan interne, en France particulièrement. Et, si l'on n'en trouvait pas, l'atrophie ou la disparition du monopole – pour douloureuse qu'elle soit – ne nous semblerait d'ailleurs pas scandaleuse.

### ***La pharmacie d'officine est en fait au cœur d'une mutation épistémologique***

Pour toutes ces raisons, le pharmacien se sent assurément dans l'œil du cyclone. Mais n'est-il pas, en fait, au cœur d'une mutation épistémologique ? Empruntons à Teilhard de Chardin une illustration de ce propos : parfois « nous croyons traverser un orage ; en fait, nous changeons de climat ». L'orage que traverse la pharmacie d'officine depuis quelques années est connu<sup>(10)</sup>. Beaucoup y voient même le Déluge, dans lequel, son monopole perdu, elle serait engloutie.

Le nouveau climat (scientifique, social, technologique, économique, judiciaire, etc.) n'est que pressenti. Il appelle une redécouverte de l'exercice professionnel, à l'aide des instruments fournis par la déontologie, non par la météorologie...

La pharmacie d'officine doit en effet s'émanciper de son univers intellectuel historique, comme d'ailleurs bien des professions et des institutions, à l'aube de ce XXI<sup>e</sup> siècle.

L'activité essentielle du pharmacien d'officine n'est en effet plus la fabrication du médicament ; elle n'est pas sa distribution, mais sa *dispensation* (articles L. 4211-1 et R. 5015-48).

Mais quelles sont la nature et l'étendue des responsabilités induites ? La dispensation peut-elle vraiment prétendre à la dignité d'acte, à l'instar de l'acte médical ? sa spécificité scientifique

fonde-t-elle rationnellement un monopole légal ?

Voilà des questions qui emmènent sur un terrain différent de celui de la notion juridique de médicament. En outre, la seule approche stratigraphique des textes ne pouvant y répondre, leur analyse transversale approfondie s'impose.

On met en effet trop souvent l'accent sur le seul conseil, alors qu'il n'est que la part émergée de l'iceberg. Le conseil personnalisé est en outre commun à la distribution, au titre d'outil marketing. Ce qui caractérise juridiquement la dispensation, c'est la responsabilité décisionnelle du pharmacien.

Nous avons ainsi démontré que la dispensation désigne par essence un *processus autonome d'analyse et de décision*, dont le pharmacien porte la responsabilité scientifique et juridique originale, personnelle et irréductible, face au médecin et au malade<sup>(11)</sup>.

La réforme, en 1995, du Code de déontologie, nous semble avoir posé en ce sens les éléments fondateurs de la pensée nouvelle. Grâce à elle, la notion d'acte pharmaceutique est en effet présente en filigrane dans le Code de déontologie, même si ses éléments juridiques constitutifs sont dispersés au sein de diverses sections, voire de diverses parties.

L'analyse des textes et de la jurisprudence (on l'épargnera ici au lecteur, au profit de nos seules conclusions), permet, en effet, de conceptualiser l'acte pharmaceutique, seul lien rationnel du médicament à l'officine. On en exposera la notion (I), puis le régime juridique (II).

## **I. La notion d'acte pharmaceutique**

Si l'on raisonne simultanément face à l'ensemble des dispositions du Code de santé publique, il nous semble possible d'affirmer que le fondement du monopole s'est renouvelé : *c'est parce qu'il y a aujourd'hui matière à décision* qu'existent une exclusivité profession-

nelle, les devoirs d'indépendance et d'exercice personnel, etc., du pharmacien, lesquels visent à garantir sa compétence scientifique et son élévation d'esprit.

La dispensation est certes le nom donné à l'acte pharmaceutique ; mais on confond trop souvent dispensation et délivrance. Or ces deux notions doivent être soigneusement distinguées, et leur articulation intellectuelle doit être clairement établie. De la dispensation, on ignore en effet les aspects proprement fondamentaux que sont le devoir d'analyser (A) et le pouvoir de décider (B).

### ***I.A. Le devoir d'analyser***

L'acte étant invisible, silencieux et rémunéré par une marge commerciale, la nature et l'ampleur des analyses qu'impose le Code face à la demande de médicaments (prescrits ou conseillés), demeurent méconnus. Pour cerner la signification de ce devoir d'analyse, il faut en rapprocher les différentes facettes (1), avant d'en évoquer l'objet (2).

#### ***I.A.1. Typologie des analyses***

Sous le vocable d'« analyse pharmaceutique », l'article R. 5015-48 enjoint au pharmacien de se livrer à l'analyse du *contenu* de la demande (a). Mais l'examen systématique des articles du Code disséminés dans d'autres sections ou parties montre que la dispensation recouvre aussi, implicitement mais nécessairement, l'analyse du *contexte* de la demande (b).

##### ***a. L'analyse pharmaceutique du contenu de la demande***

L'article R. 5015-48 impose une analyse intrinsèque de la demande, analyse qui, si l'on veut en cerner la globalité juridique, recouvre en fait plusieurs démarches évoquées dans d'autres articles. De façon synthétique, il s'agit :

– de l'*analyse réglementaire de la demande*, laquelle vise au contrôle de l'authenticité, de l'intégrité et de la licéité de l'ordonnance, selon son auteur, sa forme et son contenu ;

– de l'*analyse pharmacologique de la demande*, laquelle vise à la détection d'éventuelles interactions médicamenteuses, associations déconseillées, etc. ;

10. V. ainsi M.-H. Renaut « De la corporation d'apothicaires à l'Ordre des pharmaciens. Un monopole dénoncé, la pharmacie d'officine » *Rev. dr. san. soc.* 1998, 737.

11. F. Megerlin, « L'autonomie de l'acte pharmaceutique... » préc.

– de l'*analyse économique de la demande*, introduite en 1998, laquelle désigne simplement l'examen de la possibilité d'une substitution (article L. 5125-23, etc.).

Les deux premières analyses relèvent essentiellement de l'obligation de résultat, en ce qu'elles font appel à des données objectives. En revanche, la dernière analyse réclame une réflexion complémentaire, étendue au contexte personnel de la demande : la pertinence de la substitution dépend en effet, aussi, de la capacité du patient à la comprendre.

#### b. L'analyse pharmaceutique du contexte de la demande

Ce second volet d'analyses n'est pas explicité dans l'article R. 5015-48. Mais, de façon expresse, le Code de santé publique érige par ailleurs le pharmacien en dépositaire de l'«*intérêt de la santé du patient*». La considération de cet intérêt fonde en effet, on le verra, le refus de délivrance (article R. 5015-60, section IV)<sup>(12)</sup>, et la recherche de la modification concertée de la prescription (article L. 5125-23 qui remplace l'article R. 5015-61)<sup>(13)</sup>.

Ainsi est posé le principe de l'analyse du contexte personnel, même si la formulation en est fragmentaire, et si l'étendue n'en est pas déterminée. Concrètement, l'«*intérêt du patient*» ne peut en effet être déduit que :

– de l'*appréciation du contexte physiopathologique de la demande*, qui recouvre le contrôle de la posologie, la détection de contre-indications, allergies et hypersensibilités éventuelles, établissement des précautions d'emploi, etc. ;

– de l'*analyse du contexte médicamenteux de la demande*, qui recouvre la détection des risques d'interactions, les

associations déconseillées, etc. avec d'autres traitements, chroniques ou pas, prescrits ou non ;

– de l'*appréciation du contexte psychologique de la demande*, qui consiste, tout simplement, à s'assurer de l'aptitude intellectuelle du patient à la compréhension, l'administration et l'observance du traitement, prescrit ou pas, substitué ou non.

Le processus de dispensation se trouve en conséquence parfois suspendu, dans l'attente d'une information (élément complémentaire, argument médical, voire résultat d'analyse biologique, etc.) déterminant la conviction du pharmacien, ou imposant l'approfondissement de sa réflexion. Ces devoirs fondamentaux relèvent, en raison de leur objet et des conditions de leur accomplissement, de l'obligation de moyens ; ils débouchent par ailleurs sur des réflexions éthiques de premier ordre, encore peu envisagées.

#### I.A.2. L'objet des analyses

La «*participation à la protection de la santé publique*» est en effet au cœur de la mission de la pharmacie d'officine<sup>(14)</sup>. Mais qu'est-ce plus concrètement, dans ce cadre, que l'«*intérêt du patient*» ? la question est fondamentale, car elle met en question le *but*, et non seulement les modalités de la dispensation. Or il y est répondu de façon variable, selon l'exercice personnel. La dispensation reçoit ainsi très souvent une acception minimaliste : sécuriser le soin médicamenteux (a) – alors qu'elle peut et devrait dans l'avenir s'étendre à son expertise (b)<sup>(15)</sup>.

##### a. La sécurité du soin médicamenteux

Par sécurité du soin, on entend généralement le contrôle ponctuel de la demande de médicaments (prescrits ou conseillés), au travers du critère pénal de la *mise en danger*.

A l'officine, le recueil de l'information se trouve en effet souvent limité par des difficultés d'ordre pratique (disponibilité, confidentialité, etc.) parfois psychologique (incompréhension et susceptibilités), car ce recueil ne s'effectue qu'au travers :

– de l'*ordonnance médicale*, dont l'analyse permet de constater des indications thérapeutiques, mais ces indications ne permettent que de supposer une maladie ;

– du *questionnement du patient*, mais la fiabilité de l'information n'est pas assurée, le mandataire éventuel ne pouvant (et ne devant) pas toujours être dans la confiance ;

– du *questionnement éventuel des professionnels de santé impliqués*, en vue de l'obtention ou de la validation des informations précitées, le secret étant institué dans l'intérêt du patient.

Si elle est parfaitement justifiée, et ainsi explicable, cette conception d'une sécurité du soin médicamenteux «*à première vue*» nous paraît pour autant réductrice : elle laisse à penser que l'exercice professionnel est fondé sur le seul Code pénal, ce qui nous semble borner la réflexion pharmaceutique, et induit une explication juridique du monopole que nous ne partageons pas complètement<sup>(16)</sup>. En outre, la mission de sécurité, si elle est tout à fait essentielle, voit ses termes évoluer : la sécurité du soin médicamenteux doit en effet, de plus en plus, faire l'objet d'une approche contextuelle (environnement physiopathologique et médicamenteux), et non seulement ponctuelle (analyse intrinsèque de la prescription)<sup>(17)</sup>.

Or «*l'intérêt du patient*» ne se limite pas à la protection contre un danger immédiat : même réduit à une approche purement sécuritaire, il s'étend à la prévention de multiples causes de iatrogénie, dont on connaît les conséquences humaines et économiques. En l'absence paradoxale de textes juridiques expli-

12. «*Lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit refuser de dispenser un médicament. Si ce médicament est prescrit sur ordonnance, le pharmacien doit immédiatement informer le prescripteur de son refus et le mentionner sur l'ordonnance*».

13. L'article R. 5015-61 disposait que «*le pharmacien ne peut modifier une prescription qu'avec l'accord exprès et préalable de son auteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient*».

14. Tel est l'intitulé de la section I du chapitre du Code de déontologie consacré aux pharmaciens d'officine.

15. V. F. Megerlin, «*De la sécurité à l'expertise du soin ?*», *Bull. Ordre pharm.* oct. 1999, 465, et «*L'opinion pharmaceutique. Une révolution à l'officine*», *Rev. dr. san. soc.* 1998, 678 et s.

16. V. «*L'autonomie de l'acte pharmaceutique*», préc., 755 et s.; 760 et s.

17. Pour des raisons sanitaires (complexité des thérapeutiques, comportement du patient etc.) mais aussi technologiques, les médecins disposant de plus en plus de logiciels d'aide à la prescription.

cites à ce sujet à l'officine – alors qu'ils se préfigurent à l'hôpital<sup>(18)</sup>, l'élargissement de l'analyse pharmaceutique varie donc sensiblement, selon les circonstances de la dispensation, et selon la conscience des praticiens.

Mais seul un changement des conditions de l'acte (espace, temps, considération, rémunération) pourrait faire évoluer cette conception minimaliste de la dispensation, très en deçà tant des capacités scientifiques du pharmacien, que des besoins réels de la santé publique.

### *b. L'expertise du soin médicamenteux*

La protection de la santé publique peut en effet recevoir une acception juridique élargie, sur le fondement de « l'intérêt du patient » : optimiser le soin médicamenteux. Il s'agit, en contraste de la seule sécurité, d'une fonction d'expertise du soin, assurée par le pharmacien en coopération avec le médecin, en liaison virtuelle avec d'autres professionnels (pharmacien biologiste, etc.). Cette coopération est fondée sur la complémentarité de leurs compétences scientifiques respectives et sur leur confiance mutuelle, éventuellement développée dans des cadres procéduraux appropriés. Elle peut ainsi dépasser le défi de la sécurité affinée, pour s'attacher à la pertinence pharmacologique (ou aux modalités techniques) du traitement médicamenteux.

Si les informations mobilisées à première vue apparaissent suffisantes dans une optique de prévention du risque grave, elles ne suffisent bien sûr plus ici ; mais l'introduction du suivi pharmacothérapeutique permettrait d'y remédier. L'expertise consisterait alors en l'analyse approfondie et la gestion concertée, en ville (et en liaison éventuelle avec l'hôpital), des stratégies médicamenteuses selon leur intention, contenu et contexte. Cela au regard de critères de sécurité affinée, mais aussi de qualité,

18. V. E. Schmitt et F. Locher, « *Cadre juridique du circuit du médicament en milieu hospitalier consécutif à l'arrêté du 31 mars 1999* », *Bull. Ordre Pharm.* oct. 1999, n° 364, 427 et s. L'article 6 de l'arrêté du 31 mars 1999 renvoie en effet à l'article R. 5015-48... mais ajoute ensuite que « pour accomplir cette dispensation, le pharmacien peut demander au prescripteur tous renseignements utiles ».

d'efficacité, de confort et d'économie du soin médicamenteux, permettant son évaluation/adaptation/orientation par une prise en compte *des caractéristiques propres du patient* – et non selon un standard réglementaire, financier ou thérapeutique.

Appuyée sur le travail en réseaux, cette démarche (qui suppose la valorisation de l'acte pharmaceutique), annonce l'avènement de la pharmacie clinique. Elle appelle aussi une réflexion juridique, éthique et pharmaco-économique profondément renouvelée.

## **I.B. Le pouvoir de décider**

A la suite de ces analyses, le Code de santé publique institue un véritable pouvoir de décision du pharmacien : toute dispensation ne se conclut pas par une délivrance. L'examen transversal du Code permet en ce sens d'articuler les diverses décisions, et de souligner l'unité rationnelle de leur source (1). Fondée sur les analyses évoquées, la décision prise par le pharmacien détermine l'accomplissement du reste de ses devoirs (2).

### *I.B.1. Typologie des décisions du pharmacien*

Sans écarter les hypothèses de vice de fabrication, de préparation, de conservation, etc. du médicament à l'officine, la responsabilité pénale, civile et disciplinaire du pharmacien découlent aujourd'hui essentiellement de ses *décisions* – que celles-ci résultent d'analyses viciées, conduisent à une erreur de substitution, à des conseils incomplets, etc. (a). Mais les décisions statistiquement majoritaires ne doivent pas occulter les autres hypothèses (b).

#### *a. Les décisions classiques*

La délivrance d'un médicament ou d'un produit (article R. 5015-48) est certes un fait ; mais, sur le plan juridique, elle matérialise une décision. Dans la logique du Code de santé publique, la délivrance suppose en effet que les analyses évoquées sont concluantes, et que les doutes éventuels ont été levés.

La simple facturation des médicaments (prescrits ou conseillés) constitue ainsi une validation implicite de leur demande ; elle engage la responsabilité

du pharmacien à ce titre : c'est en quelque sorte au travers du prisme intellectuel de *l'acte dommageable* (et non simplement au travers du prisme du fait dommageable) que les règles professionnelles, le droit civil et pénal doivent être sanctionnés.

*Le sursis à délivrer* est aussi une décision à part entière, en raison de ses conséquences thérapeutiques potentielles. Elle recouvre une autre hypothèse classique : celle de la suspension du processus, dans l'attente d'une information déterminante (élément complémentaire, argument médical, résultat d'analyse biologique, etc.) permettant de lever un doute, ou imposant au contraire l'approfondissement de la réflexion. Formellement absente du Code, cette hypothèse s'infère tout simplement de l'article L. 5125-23.

#### *b. Les décisions exceptionnelles*

La relative rareté – et la discrétion habituelle – de ces hypothèses ne doit égarer ni le patient, ni le prescripteur, ni le pharmacien lui-même. Elles procèdent en effet d'un devoir fondamental, et constituent les vertèbres de l'exercice libéral et monopolistique de la profession.

*La modification concertée* de la prescription est assez fréquente. Mais formulée par les textes d'une façon qui nous semble inhibante, cette hypothèse a de surcroît quitté le Code de déontologie (R. 5015-61), pour figurer dans la partie législative (L. 5125-23). Or elle nous semble être le socle de l'initiative du pharmacien d'officine, la quintessence de son rôle contemporain et futur : proposer au prescripteur une alternative médicamenteuse, selon sa compétence scientifique propre (rectifier une erreur matérielle, voire adapter un traitement selon des critères pharmacologiques ou techniques)<sup>(19)</sup>.

*La modification d'office* est motivée par l'intérêt de la santé du patient, l'urgence et l'impossibilité de contacter le prescripteur (L. 5125-23). Si l'hypothèse est devenue résiduelle, depuis la loi de 1998 sur la substitution, elle n'en demeure pas moins très sensible. On peut en effet la rapprocher, avec prudence, de la question d'une dispensa-

19. V. *infra*, et notre critique de la modification des textes lors du débat sur la substitution, *ibid.* préc., 754.

tion d'office, sur le fondement de l'obligation d'assistance à personne en danger ; mais le débat est loin d'être clos<sup>(20)</sup>.

*Le refus de délivrance* (R. 5015-60). Face à la délivrance « dangereuse », c'est l'expression la plus radicale des devoirs du pharmacien, à l'égard tant du patient que du prescripteur. Cette décision peut générer des rapports conflictuels, en cas de motivation non pertinente, ou face à des susceptibilités déplacées. Mais c'est bien au travers de son régime juridique que s'affirme, on va le voir, l'essence libérale de l'acte pharmaceutique, seule justification contemporaine du monopole de l'officine.

### I.B.2. L'exécution des décisions du pharmacien

Sur le plan juridique, le pharmacien titulaire est réputé l'auteur des actes réalisés dans l'officine, au titre du devoir d'exercice personnel – lequel fonde la surveillance de ses collaborateurs en ce qui concerne les tâches déléguées (R. 5015-13). L'acte se prolonge ainsi avec la préparation éventuelle (a), et ne s'achève en tout cas qu'après le conseil (b).

#### a. La préparation

Elle n'appelle pas, ici, de réflexion particulière. Seul le rôle renouvelé des préparateurs invite à un bref commentaire : outre leurs tâches classiques, il leur incombe en effet essentiellement, aujourd'hui, la préparation et l'exécution des décisions (mesures préalables, mobilisation et saisie de certaines données, aspects administratifs, comptables, conseil général, etc.). Mais la décision, sa motivation éventuelle, etc. reviennent aux seuls pharmaciens. Les tâches sont réparties par le ou les titulaires, selon l'organisation interne de l'officine, dans le respect des critères de compétence posés par le Code de santé publique. La lisibilité et le respect de ceux-ci conditionnent l'autorité scientifique du pharmacien à l'égard des bénéficiaires, acteurs et observateurs du système de santé.

20. Ainsi l'affaire de la prostituée et de la Ventoline, in *Le Moniteur des pharm. et des laboratoires*, 17 mai 1997.

#### b. Le conseil

Part intégrante de l'acte, plus facile à objectiver que le « *devoir de soutien* », le devoir de conseil au patient est incontestablement une *obligation juridique*. Cette obligation est renforcée lorsque le médicament n'est pas prescrit (R. 5015-48), car l'absence de prescription ne transforme pas le patient en consommateur, ni le médicament en produit. Or la réalité des conseils « *appropriés* » et la participation au « *soutien* », au sens de l'article R. 5015-48, dépendent de l'analyse pharmaceutique du contenu et du contexte personnel de la demande, le conseil étant à défaut « *à la portée de tout épicier sachant lire et écrire* »...

Relevons que le devoir de conseil personnalisé est en outre une *obligation autonome*, et cela est fondamental : le pharmacien ne saurait en être libéré par les conseils donnés préalablement par le médecin, ni par les informations données sur la notice d'emploi du médicament ou du produit. Enfin, si des conseils particuliers doivent être donnés, ils devront sans doute, de plus en plus, être prouvés<sup>(21)</sup>. Là aussi, il y a matière à réflexion professionnelle et éthique, et une relative analogie avec la réflexion médicale ne nous semble pas artificielle.

La consistance générale de l'acte pharmaceutique étant ainsi brièvement établie – et étant potentiellement révélée par l'*opinion pharmaceutique*, il reste à en évoquer ici le régime juridique.

## II. Le régime juridique de l'acte pharmaceutique

Si ce qui précède est facilement intelligible (quel pharmacien n'a pas l'expérience de telles situations, même sans en percevoir la signification et la cohérence juridiques ?!), ce qui suit est un peu plus abstrait, mais tout aussi fondamental. La rémunération d'un processus intellectuel indépendant *par une marge commerciale sur la vente d'un produit* fausse en effet la compréhension

21. Sur toutes ces questions, « *L'autonomie de l'acte pharmaceutique* » préc., 757 et s. ; 764 et s.

de l'acte, et en vicié parfois même la pratique. L'acte pharmaceutique possède une véritable autonomie (A), dont on exposera brièvement la portée juridique (B).

### II.A. L'autonomie de l'acte pharmaceutique

L'idée d'une subordination *hiérarchique* du pharmacien est historiquement explicable, mais aujourd'hui anachronique, compte tenu de la mutation de l'acte (de la fabrication à la dispensation du médicament). A l'acte pharmaceutique contemporain s'attache une responsabilité scientifique originale, juridiquement irréductible. Or c'est *cela*, qui fonde le devoir d'indépendance, l'exercice personnel, libéral et monopolistique de la pharmacie d'officine.

Étymologiquement, l'« *autonomie* » signifie la faculté de se régir selon ses propres règles, ou l'obéissance à des règles propres. Cette autonomie, juridique *car* scientifique, fait que l'acte pharmaceutique n'est subordonné ni hiérarchiquement (1), ni éthiquement (2).

#### II.A.1. L'autonomie légale de l'acte pharmaceutique

Sur le plan juridique, ce qui distingue fondamentalement l'acte pharmaceutique d'une quelconque prestation de service à caractère commercial, est l'exercice du *refus* (qu'importe, sur le plan logique, le caractère exceptionnel de l'hypothèse).

Si le devoir de refus de délivrance n'a été institué, de façon explicite, que récemment (a), il possède, dans la compréhension du rôle du pharmacien d'officine, une signification considérable (b).

#### a. L'institution du devoir de refus

Grâce à la réforme de 1995, la formulation du devoir de refus de la délivrance dangereuse est très nette (R. 5015-60). Elle met bien en évidence la bascule historique du rôle de l'officine (de la fabrication à la dispensation), et illustre ainsi le changement de paradigme professionnel (de la prestation matérielle à la prestation intellectuelle) que nous évoquons. Sa consécration dans les textes peut certes sembler tardive ; mais elle est très heureuse après, comme l'a

relevé le Professeur Georges Viala... « 27 ans de gestation » ! c'est en effet cet article, qui révèle en 1995 la responsabilité *décisionnelle* du pharmacien.

Le fondement du devoir de refus appelle dès lors la réflexion. A la différence de la doctrine classique, il nous semble que ce devoir ne résulte pas de la simple projection des exigences du droit pénal dans le Code de déontologie. Les racines intellectuelles du refus nous paraissent en effet devoir être approfondies, même si, jusqu'à présent, elles n'avaient pas été conceptualisées en ce sens : c'est parce qu'il possède *seul* la compétence scientifique qui le rend à même d'analyser et de savoir le cas échéant refuser, qu'on réserve le monopole de la dispensation au pharmacien. Sa responsabilité décisionnelle n'est pas, selon nous, la « *contrepartie* » de son monopole, elle en est le *fondement même* (22). Or cela est essentiel, tant à la compréhension qu'à la préservation de l'exercice libéral de la pharmacie d'officine.

#### b. La portée du devoir de refus

Cette précision, tout aussi fondamentale, est le fait de certaines jurisprudences avant même la réforme. Le Conseil d'État, notamment, a ainsi jugé en 1994 que « *si les dispositions de l'(ancien) article R. 5015-45 du Code de la santé publique enjoignent aux pharmaciens de ne pas modifier une prescription sans l'accord préalable et exprès de son auteur, cette règle ne saurait dispenser un pharmacien de rechercher un tel accord (en cas de danger) ni l'exonérer de sa responsabilité lorsque cet accord n'a pas été obtenu* » (23). Ainsi, la confirmation de sa prescription par le médecin ne saurait libérer le pharmacien de ses propres obligations ; il porte la responsabilité originale, finale et irréductible de ses actes (24).

Or cela nous semble à nouveau essentiel, parce que l'inverse signifierait a

*contrario* un état de subordination niant (et donc condamnant) l'exercice libéral du pharmacien : si l'on acceptait la thèse de la soumission à l'argument d'autorité, force serait en effet, sur le plan logique, de reconnaître la compétence scientifique véritable au seul décideur final (voir *infra*). Dès lors, on ne voit pas bien en quoi consisterait le monopole « *de compétence* » du pharmacien d'officine. Cette ligne jurisprudentielle constitue la clef de voûte, juridique et éthique, du système ; de cette rigueur intellectuelle le pharmacien doit s'enorgueillir, et ne saurait s'offusquer.

#### II.A.2. L'autonomie éthique de l'acte pharmaceutique

L'autonomie scientifique et juridique de l'acte implique dès lors son autonomie éthique, soit l'exigence d'une réflexion propre et approfondie, qui doit savoir transcender les cadres formels et les contraintes mécaniques de l'exercice, au nom de la vocation humaniste de celui-ci.

##### a. L'unité des devoirs

A l'hôpital, la qualité de la surveillance organiquement intégrée, conjointe et continue, du patient, conduit certes à formuler les devoirs du pharmacien hospitalier d'une façon qui, sur le plan réglementaire, ne fait pas apparaître l'éventualité d'un refus (25). Mais les variations entre les conditions matérielles, textuelles et statutaires d'exercice entre ville et hôpital ne doivent pas, pour autant, occulter l'unité profonde de la déontologie des pharmaciens. Le refus de délivrance du médicament ne saurait être une hypothèse pudiquement cachée, parce qu'elle serait professionnellement redoutée : il s'impose potentiellement autant à l'hôpital qu'à l'officine, même si, pratiquement, la question semble peu s'y poser (26).

Si l'hypothèse du refus est exceptionnelle à l'officine, rappelons ici que l'in-

jonction (« *je dis* ») ou la confirmation de sa prescription par le médecin ne libère pas le pharmacien de sa propre responsabilité légale. Mais nous proposons une clef complémentaire de la compréhension de l'acte pharmaceutique : si la jurisprudence partage les responsabilités, en cas de délivrance dommageable suite à la confirmation d'une prescription dangereuse, c'est parce que le pharmacien – qui dispose d'une responsabilité décisionnelle irréductible liée à sa compétence scientifique exclusive – *est réputé convaincu par l'argumentaire médical*. Sur le plan légal, on peut ainsi considérer qu'il y aura eu accord thérapeutique, après un bilan bénéfique/risque dans lequel les compétences respectives se seront épuisées... à moins que, dans des hypothèses moins complexes, l'on constate tout simplement une négligence partagée.

##### b. L'exigence de la réflexion

Tout ce qui précède nous semble suffisamment montrer que, sur le plan scientifique, juridique et éthique, le pharmacien ne se réduit pas au rôle d'agent d'exécution : il dispose d'un devoir et d'une légitimité dans la réflexion thérapeutique ; il a la compétence, le pouvoir et la responsabilité finale de sa décision. C'est aussi en ce sens que sa formation initiale à l'université, sa formation continue à l'officine, etc. devraient le mettre à même de développer l'acte pharmaceutique (et donc d'élaborer l'opinion pharmaceutique) ; mais ce dernier débat relève de la réflexion professionnelle (débat assurance qualité) et universitaire, et non plus de la réflexion juridique (27).

Cela dit, la configuration actuelle du système (rôle de l'officine pas toujours compris, mode de rémunération assez dégradant, relations difficiles avec certains professionnels de santé, etc.) inhibe encore cette action. *Mais cela n'a aucune influence sur la responsabilité légale du pharmacien*. Et cela ne doit surtout pas inhiber sa réflexion, qu'impose la transformation des conditions de l'exercice médical, et que va nourrir l'avènement des nouvelles technologies au service de la pharmacie clinique. Le développement continu des moyens trouve en effet deux

22. V. notre analyse, *ibid.* préc., 754 et s.

23. Dans les deux espèces, CE 29 juillet 1994, M. C. Req. n° 105095 et Mme G. Req. 121615. V. également les « *Tableaux de posologie* » de la Pharmacopée française, X<sup>e</sup> édition.

24. *Comp.* des décisions en sens inverse en matière civile, que nous critiquons sur ce point, par exemple Paris 1<sup>re</sup> ch. Civ. 6 avril 1990, *Bull. Ordre* 333, avr. 1991, 147 ; Civ. 29 mai 1979, *Doc. pharm. juris* n° 1691.

25. V. l'article 6 de l'arrêté du 31 mars 1999 préc. ; E. Schmitt et F. Locher, « *Cadre juridique du circuit du médicament en milieu hospitalier (...)* » préc. ; v. également le *Référentiel de pharmacie hospitalière*, SFPC 1997, 130.

26. V. les nuances en ce sens, avec toute notre approbation, de E. Schmitt et F. Locher, préc., 434.

27. V. notamment la réflexion ordinaire sur l'assurance qualité conduite par Henri Lepage, vice-président du CCA.

corollaires inéluctables : sur le plan juridique, l'aiguïssement des obligations en matière de sécurité ; sur le plan professionnel, la valorisation du potentiel en matière d'expertise.

## II.B. La portée de l'autonomie de l'acte pharmaceutique

La signification de l'autonomie de l'acte pharmaceutique ainsi exposée, nous évoquons (ici à nouveau très brièvement) sa portée pratique, tant à l'égard du patient (2) qu'à l'égard du prescripteur (1).

### II.B.1. L'autonomie de l'acte pharmaceutique à l'égard du prescripteur

Le refus de délivrer constitue comme on vient de le voir un pivot de la réflexion juridique. Mais il n'en est pas moins une décision assez exceptionnelle : le refus est en effet normalement précédé, et idéalement évité, par une réflexion conjointe entre pharmacien et médecin. Cela conduit à s'interroger, de façon plus concrète, sur la signification (a) et le développement (b) de leurs devoirs.

#### a. La signification des devoirs

Face à la prescription médicale ou à la demande du patient, l'exercice officinal n'est pas binaire (oui/non). Les causes d'un refus de délivrance – et parfois même d'un simple sursis à délivrer – ne peuvent être que graves ; son impact psychologique et thérapeutique, voire professionnel, est potentiellement important. La décision est donc dûment et rigoureusement motivée, précédée d'une réflexion confidentielle, courtoise et approfondie avec le, voire les médecins. Cette réflexion peut alors déboucher sur la modification concertée de la prescription, au titre de la sécurité du soin médicamenteux (rectification d'une erreur matérielle, etc.), voire de son expertise (aménagement pharmacologique ou technique d'un traitement). Nous avons indiqué notre vif regret quant à la modification récente du Code de santé publique à ce sujet<sup>(28)</sup>.

28. V. « L'autonomie de l'acte pharmaceutique », *Rev. dr. san. soc.* 2000, 753.

Le pharmacien peut et alors doit fournir des informations utiles (voire parfois des propositions) au prescripteur, selon la qualité de ses rapports avec lui ; celui-ci doit pouvoir s'en prévaloir dans ses actions thérapeutiques, voire diagnostiques. Cela introduit la question de la concertation élargie, lorsque le pharmacien se trouve au carrefour d'actes de différents professionnels auxquels il doit garantir la confidentialité, dans le respect de la liberté de ses choix de praticiens par le patient. Cela pose aussi la question du secret partagé, lorsque l'information recherchée est déterminante dans la dispensation<sup>(29)</sup>. On peut donc s'étonner de l'absence de *déontologie commune*, des médecins et pharmaciens, à ce sujet.

#### b. Le développement des devoirs

La transformation du rôle historique du pharmacien d'officine est pourvue d'une signification profonde, encore méconnue, au sein même de la chaîne thérapeutique. Elle peut donc parfois y provoquer des craintes et susceptibilités déplacées, tant que les responsabilités scientifiques (c'est-à-dire le fondement rationnel des monopoles légaux) ne sont pas *explicitées et comprises*, ou si elles sont mal assumées. Outre la démarche déontologique et l'effort de réflexion éthique propre aux professionnels, il appartient donc aussi à l'autorité publique de poser des textes clairs, pour encourager et valoriser en ce sens la coopération thérapeutique.

Le médecin y a lui-même le plus grand intérêt : cette coopération permet en effet de sécuriser et d'aiguiser la prescription autant que d'approfondir la dispensation. Elle ouvre par ailleurs des perspectives considérables (prévention du risque iatrogénique, mise en place, évaluation et orientation des stratégies médicamenteuses, suivi de patients auparavant hospitalisés, épidémiologie du médicament, etc.).

Enfin, si les praticiens sont de plus en plus solidaires face à la complexité scientifique et réglementaire des exercices, ils le sont aussi face à la menace contentieuse. A la limite parfois de la rationalité, cette dernière ne peut que stimuler la coopération thérapeutique, si pharmaciens et médecins n'y étaient

29. Sur ces questions, *ibid.*, 756.

spontanément appelés par leur réflexion éthique. Mais – et cela est encore fondamental – leur réflexion éthique *conjointe* s'impose *en amont*, si l'on veut éviter des solutions (légalles, réglementaires, jurisprudentielles) inappropriées, qu'appellent tout naturellement les passions publiques et l'obscurité du débat.

### II.B.2. L'autonomie de l'acte pharmaceutique à l'égard du patient

Cela est aussi une dimension très sensible de la question, évoquée ici dans ses grandes lignes. Bien qu'il soit paradoxalement rémunéré par une marge commerciale, l'acte pharmaceutique doit en effet, dans la mesure du possible (b), être autonome à l'égard du patient (a).

#### a. La signification de l'autonomie

Sur le plan déontologique et juridique, l'acte pharmaceutique est le même, *que le médicament soit prescrit ou non* : la dispensation est certes variable dans ses conditions matérielles, mais elle est invariable dans ses exigences intellectuelles. A défaut, le monopole nous paraîtrait injustifié en ce qui concerne des médicaments que l'absence d'acte conduirait à assimiler à de banals produits de consommation. Sur le plan juridique, il existe en ce sens une unité fondamentale de l'acte, dont la profondeur ne dépend que de l'exercice personnel du pharmacien. Sa déontologie est alors à nouveau exigeante : en pratique, on sait les consciences professionnelles inégalement scrupuleuses, et le patient souvent impatient...

Quoi qu'il en soit, la volonté du malade ou de son mandataire ne saurait *en aucun cas* libérer le pharmacien de ses obligations légales, son monopole visant précisément à garantir sa compétence scientifique et son indépendance d'esprit. Fût-elle insistante, cette volonté ne saurait jouer un quelconque rôle exonérateur en cas de mise en danger du patient, et/ou d'impératif de préservation de la santé publique (R. 5015-10). Si l'intensité du problème est moindre, on peut en revanche reconnaître un rôle résiduel à cette volonté. Mais cela, à la condition que le patient capable soit dûment informé d'un risque qu'il accepterait alors de surmonter ; or cela introduit à nouveau les

questions parfois très délicates de la nature, de l'étendue et de la preuve de l'information pharmaceutique donnée au patient<sup>(30)</sup>.

### b. Les limites de l'autonomie

Le devoir d'appréciation du contexte personnel (physiopathologique, médicamenteux) de la prescription ou de la demande impose la mobilisation des données pertinentes, au travers notamment, on l'a dit, des questionnements éventuels. Cela fait que la contribution du patient à la dispensation est à la fois irréductible, et potentiellement déterminante. Mais il lui reste parfois à s'en convaincre – c'est-à-dire, *il reste parfois aussi à l'en convaincre*.

Obtenir ces informations n'est en effet, en l'état, pas toujours aisé : l'activité libérale du pharmacien, n'étant pas explicitée et parfois pas assumée, est souvent mal comprise ; elle est en outre inhibée par des contraintes d'ordre surtout matériel (temps, espace), parfois juridique (consentement du patient, confidentialité face au mandataire) et encore psychologique (réticence de certains malades et professionnels de santé) – sans évoquer les aspects économiques. Mais les conditions et la perception de l'exercice pourraient profondément changer, avec la mise en place du suivi pharmacothérapeutique.

Résultant de toutes ces ambiguïtés, l'ambivalence fréquente (patient/consommateur) du malade en ville est source de

graves risques sanitaires et confusions intellectuelles. On connaît celles-ci du fait de la menace nouvelle de contentieux passionnés, voire massifs, qu'elles font peser tant sur l'exercice des praticiens, que sur l'industrie du médicament. Mais, avant tout cela, elles ébranlent profondément la compréhension, l'acceptation, l'observance et l'évaluation des traitements médicamenteux (sans parler du respect de la valeur des actes et des molécules), et emportent des conséquences humaines, épidémiologiques et économiques qui menacent jusqu'à l'équilibre de notre système même.

\*

Ainsi conceptualisé, l'acte pharmaceutique nous semble répondre à la question du fondement rationnel (et non seulement historique) des règles du Code de santé publique. Il permet de retrouver leur unité logique, et invite à reconsidérer l'approche de nombreuses questions essentielles. Il ouvre enfin des perspectives inédites, extrapolables à l'hôpital, et qui intéressent tout le système de santé.

La conscience, et la pédagogie, de la dimension juridique de l'acte, ne s'imposent-elles pas *au sein de, et au-delà de la chaîne thérapeutique* ? Sans doute faudrait-il, pour cela, expliciter l'acte pharmaceutique – en revoyant la structure du Code et parfois l'énoncé des règles<sup>(31)</sup> – mais aussi l'approfondir, et

le valoriser<sup>(32)</sup>. Là s'ouvre toutefois un autre débat, qui cesse d'être juridique, pour devenir professionnel et universitaire.

Faute, sur ces questions, d'une vision globale libérée de la technicité, les bénéficiaires, acteurs et observateurs du système de santé demeureront légitimement insatisfaits. Leurs interrogations, aussi graves que simples, continueront à se détourner vers le droit pénal et civil, vers le droit du commerce, de la concurrence et de la consommation. Or il est aujourd'hui indispensable d'extraire la réflexion de ces champs auxquels la pensée dominante l'a progressivement réduite, et dans lesquels elle s'atrophie inexorablement.

Si l'ambiguïté quant à son rôle ébranle la foi du pharmacien d'officine, affecte ses intérêts et son avenir, elle condamne en effet aussi son ambition intellectuelle et sa réflexion éthique. Par capillarité, elle met en jeu l'avenir de l'enseignement universitaire, et de la recherche scientifique. Mais elle provoque aussi, inéluctablement, l'extension de la responsabilité de l'industrie, et l'alourdissement de l'exercice de la médecine. Enfin, de façon plus diffuse, mais absolument fondamentale, elle met en cause notre conception humaniste du malade.

30. Pour une esquisse de ces questions, *ibid.* 761 et s, spéc. 765.

31. V. notre étude détaillée « *L'autonomie de l'acte pharmaceutique. Vers une réforme du Code de déontologie ?* » *Rev. dr. san. soc.* 2000, 746.

32. « *L'opinion pharmaceutique. Une révolution à l'officine* », *Rev. dr. san. soc.* 1998, 665 ; pour une présentation pratique, v. l'extrait du *Guide de stage à l'officine ; Les Actualités pharmaceutiques*, n° 392, déc. 2000, 39.

